NursRxiv
DOI：10. 12209/issn2708-3845. 20221028001

多学科协作模式下1例肿瘤终末期患者的姑息治疗和护理

崔立爽[1]，李琳琳[1]，宋 钝[1]，张金华[2]
（1. 北京中医药大学东直门医院 肿瘤科，北京，100007；2. 北京中医药大学东直门医院 护理部，北京，100007）

摘要：多学科协作（MDT）模式是由来自外科、肿瘤内科、放疗科、影像科、病理科等科室专家组成的工作组，针对某一疾病，通过定期会诊形式，提出适合肿瘤终末期患者的最佳治疗方案，继而由相关学科或多学科联合执行该治疗方案。本文总结多学科协作模式下1例肿瘤终末期患者的姑息治疗和护理经验。在完善护理评估的基础上，基于MDT模式加强患者伤口管理、营养干预、心理支持等，提升缓和医疗服务质量。
关键词：多学科协作；肿瘤终末期；个体化；精准化；姑息治疗

A multidisciplinary team-based model of palliative treatment and nursing for a patient with end-stage cancer

CUI Lishuan[1], LI Linlin[1], SONG Dun[1], ZHANG Jinhua[2]
（1. *Department of Oncology*, *Dongzhimen Hospital Beijing University of Chinese Medicine*, *Beijing*, 100007；
2. *Department of Nursing*, *Dongzhimen Hospital Beijing University of Chinese Medicine*, *Beijing*, 100007）

ABSTRACT: A multidisciplinary team (MDT) is a professional group of surgeons, oncologists and other medical and nursing experts who makes decisions about a specific subject in a collective manner, and best course of treatment and nursing plan will be implemented by the multidisciplinary team. This paper summarized the experience of adopting a MDT-based model of palliative treatment and nursing for a patient with end-stage cancer. Based on the nursing risk assessment, comprehensive interventions including wound management, nutrition support and psychological support were carried out to improve the quality of palliative care.
KEY WORDS: multidisciplinary team; end-stage cancer; individualization; precision; palliative treatment

多学科联合协作（MDT）模式，是指组织不同领域的护理专家，围绕某一病例进行讨论，在综合各学科意见的基础上为肿瘤终末期患者制定出最佳的治疗方案的一种形式。MDT是一种制度，时间、地点固定，参与人员稳定，多学科一起协作诊疗，各方意见都要综合考虑。在患者肿瘤治疗方法的历史发展与演变过程中，肿瘤外科学、肿瘤放射治疗学、肿瘤化学药物治疗学逐渐构成了现代肿瘤治疗学的三大支柱。近年来，生物治疗、靶向治疗、免疫治疗等方法的诞生，给一部分难治性肿瘤治疗带来希望，新辅助化疗使一些不可手术的肿瘤患者争取了手术时机，是选择几种方法同时进行，还是先后序贯，个体化、精准化，优选出最佳治疗方案。

姑息治疗是对治愈性治疗不反应的患者完全的主动的治疗和护理，控制疼痛及有关症状，并对心理、社会和精神问题予以重视，其目的是为了帮助患者和家属获得最好的生活质量[1-2]。在传统医疗护理模式下，医生侧重于自己的专业诊疗方法，而缺乏整体诊疗思想。但是在医疗护理工作中，患者往往需 全方位、个体化、优质化的医疗护理服务。MDT模式可以为患者提供更加适合、系

基金项目：北京中医药“薪火传承3+3工程”项目
通信作者：张金华，E-mail：zjh0205@126. com

统、全面的治疗,促进患者康复,提高医院临床医疗水平,加强各学科之间的互动与交流,为患者提供更优质的医疗服务。本文总结MDT模式下1例肿瘤终末期患者的姑息治疗和护理经验,探讨MDT模式在终末期肿瘤患者姑息治疗中的应用效果,现报告如下。

1 临床资料

患者男性,71岁,入院生命体征:体温36.1 ℃,心率68次/min,呼吸19次/min,血压110/61mmHg,体质量50 kg,身高170 cm。患者因"发现右肺鳞癌6月余,前胸蕈状包块1月、咯血1天"收入科室,既往甲状腺全切术后6年,高血压,肺癌合并上腔静脉压迫综合征,放射性皮炎并感染,动脉瓣关闭不全,肝功能损害,凝血功能异常,胃食管反流病;18次放疗+3周期化疗后,外院诊断肺栓塞病史2月;既往无食物、药物过敏史。患者双上肢水肿,乏力恶心,咳嗽咳痰,咯血,胸闷憋气,夜间加重,不欲饮食,药物辅助排便;胸前壁可见多发蕈状包块,红肿,局部皮温高,按压疼痛,局部有破溃,蕈状包块中心血性渗出呈喷射状,局部有血痂。实验室检查:红细胞2.06×10^{12}/L,血红蛋白63g/L,C-反应蛋白22.90 mg/L,钠128 mmol/L,氯89 mmol/L。入院诊断:中医诊断为肺癌,痰瘀互结证;西医诊断为右肺下叶腺鳞癌。

2 护理

2.1 护理评估

患者入院后,医护人员完善相关诊断。本例患者的入院常规评估结果见表1。本例患者目前全身抗肿瘤治疗效果无效,一般状况较差,恶性肿瘤症状明显,患者及家属的目标要求为提高生活质量,延长生命生存期[3-4]。

表1 患者护理评估结果

项目	分值/分	分级
Barthel日常生活能力评定	40	重度功能障碍
NRS营养风险筛查	3	有营养不良的风险
Braden压疮风险评估	17	轻度危险
Padua血栓风险评估	12	高度危险
Morse跌倒风险评估	45	高度危险
SAS焦虑风险评估	85	重度焦虑
NRS疼痛数字评估	7~10	高度疼痛

2.2 护理计划

结合该患者的全身病情情况,平衡利弊,制定以姑息性治疗为原则的综合诊疗方案,成立了以肿瘤专业组为主持,包含伤口专科、营养专科、肿瘤专科、静疗专科、安宁疗护专科的多学科联合协作模式护理团队[5]。患者护理计划见表2。

表2 患者护理计划

症状评估	相关因素	护理目标
疼痛	与肿瘤皮肤转移有关 与癌性伤口本身有关	换药时段:控制疼痛 非换药时段:预防疼痛
舒适度的改变	与癌性伤口大量渗出液和疼痛有关	有效控制伤口渗出液 提高患者舒适度
焦虑	多家医院治疗未果,积极寻求保守治疗方案,伤口创面持续疼痛影响睡眠,治疗方案不确定,效果不明显	缓解患者焦虑情绪,提高患者治疗疾病的自信心,
营养失调:低于机体需要量	与肿瘤高消耗有关 与化疗后骨髓抑制症状有关	提升患者及家属对营养的认知水平,提高患者BMI

2.3 护理措施

2.3.1 伤口管理:①出血:采用全身用药和以藻酸盐为主的局部用药的护理方法改善患者的凝血功能,以生理盐水浸润敷料,冲洗代替擦洗,避免机械清创,以防增加伤口创面。伤口少量出血时以轻压出血为主,大量出血时借以凝血酶冻干粉、云南白药粉末加藻酸盐敷料用于止血。②渗液:结合该患者渗液量、面积巨大的情况,不推荐使用泡沫敷料和油纱条,避免伤口组织黏连引起出血。选择成本低、覆盖面大的30 cm×40 cm无菌纱布多层覆盖,外层以自粘弹力绷带进行固定,记录换药时间、频次[6]。③疼痛:处于非换药时段可按时按量服药,及时调整剂量,换药时段可提前药物止痛、利多卡因湿敷伤口,换药时动作要轻柔,注意观察患者有无不适症状。④伤口异味:注重抗感染的护理,静脉抗炎用于全身感染,伤口局部感染时采用康复新、黄柏液在伤口换药时进行湿敷;将患者安置于定时通风、配备空气净化器的隔离病房,并给予定时换药,避免长时间渗液浸泡[7]。

2.3.2 营养干预：①营养专业组：采用肠内营养。由于该患者拒绝管饲喂养，因此采用口服，以患者自主进食和经口营养补充为主，指导患者及家属正确饮用营养制剂的方法[8-9]。预防腹泻、恶心、呕吐等消化道并发症的发生，避免因呕吐导致误吸的机械性并发症，还有因水、电解质、血糖紊乱而导致的代谢性并发症[10]。②静疗专业组：采用肠外营养。由于该患者患有上腔静脉压迫综合征和左下肢静脉血栓，因此不推荐使用中心静脉导管，改用限制入量的周围静脉营养，并预防静脉炎的发生和水电解质紊乱并发症的发生[11]。

2.3.3 心理支持 以安宁疗护专业组和肿瘤专业组共同主持，以诚信、保密为原则，以健康教育为切入点，与患者建立治疗性互动关系，鼓励患者说出内心感受，与患者介绍先进的治疗设备和技术，增强患者治疗疾病的自信心，采用观察法和会谈法正确评估患者的心理状态[12]，给予患者心理辅导。及时给予患者疾病治疗及预后相关信息，给予患者情绪上的支持和辅导，消除患者不确定感，增进与患者的情感沟通，减少病耻感。营造人文关怀氛围，保护患者隐私，不与其他患者及家属谈论患者敏感话题，主动询问患者主诉，及时关注病情变化，医护人员要重视非语言艺术[13]，注重保护患者。

2.3.4 护理效果评价 患者出院常规评估结果见表3。

表3 患者出院常规评估结果

项目	分值/分	分级
Barthel日常生活能力评定	40	重度功能障碍
NRS营养风险筛查	3	有营养不良的风险
Braden压疮风险评估	17	轻度危险
Padua血栓风险评估	7	高度危险
Morse跌倒风险评估	45	高度危险
SAS焦虑风险评估	70	重度焦虑
NRS疼痛数字评估	8～9	高度疼痛

3 讨论

本例患者的护理模式由常规肿瘤护理转变为症状干预，以疾病为中心转变为以患者为中心，以带瘤生存转变为带瘤生活。MDT模式整合了优质资源，缓解了临床困惑和知识困乏的情况，提供了综合、安全的诊治方案，以便获得快速、有效的治疗效果[14-15]。采用姑息治疗侧重于症状控制，提高了生活质量，改善了患者舒适度，对患者的疾病的治疗具有积极而重要的实际意义[16]。目前，终末期肿瘤的治疗困境为治疗方案矛盾，评估效果相对无力[17]。医疗不能治愈一切疾病，在技术之外，医护人员应注重人文关怀护理，为患有无法治愈疾病的患者提供整体照护[18]，从疾病确诊开始就将执行干预与姑息性干预有机结合，确保护理的连续性、整体性，覆盖疾病整个周期。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 门婷婷，杜修燕，王玲，等. 多学科护理会诊模式在提升护士综合能力中的应用[J]. 齐鲁护理杂志，2021，27(7)：73-75.

[2] 马力，任尧尧. 肿瘤姑息治疗的全程介入[J]. 医学与哲学(B)，2013，34(11)：17-19.

[3] 木巴拉克·依克拉木，古丽苏木汗·阿布来提，张翠萍. 多学科协作护理模式在乳腺癌患者中应用效果的 *Meta* 分析[J]. 中国实用护理杂志，2022，38(2)：147-154.

[4] 罗迎霞，成媛，王灵晓，等. 多学科协作背景下老年患者术后谵妄预防及护理管理策略的构建[J]. 护士进修杂志，2022，37(2)：110-115.

[5] 张学芳，张士玲，林林. 多学科团队协作护理模式在食管癌根治术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志，2022，28(2)：162-163.

[6] 杜新艳，刘俊霞，檀碧波. 症状干预联合灵性照护对恶性肿瘤蕈状创口的效果研究[J]. 中国全科医学，2019，22(14)：1707-1711.

[7] 詹爱容，谭佳丽，雷雨. 一例癌症晚期姑息性治疗患者并发压疮的循证护理实践[J]. 护士进修杂志，2017，32(15)：1431-1433.

[8] 蔡有弟，钟美浓，李晓玲，等. 临床营养专科护士培训实践与成效[J]. 护理学杂志，2021，36(22)：49-52.

[9] 吴丽红，张晓琴，修闽宁. 专科护士主导临床营养知识培训在危重症护理学组的实践[J]. 护理学杂志，2016，31(22)：1-3.

[10] 谭慧，谌永毅，袁忠，等. 1例肺癌合并上腔静脉压迫综合征患者经上肢PICC的护理[J]. 中华护理杂志，2016，51(8)：1016-1019.

[11] 唐伏秋，涂颖. 恶性肿瘤上腔静脉压迫综合征的护理体会[J]. 解放军护理杂志，2008，25(4)：53-54.

[12] 雷双燕，王雁，谢娟，等. 多学科协作安宁疗护模式对肿瘤患者主要照顾者负性情绪和心理应激的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复，2021，28(9)：1071-1074.

［13］ 梅会融，肖迎春，张凤芳，等．人文关怀护理在晚期乳腺癌并发癌性伤口患者中的应用[J]．齐鲁护理杂志，2021，27(5)：37-39.
［14］ 安冉，李少杰，尹永田．基于多学科交叉的护理学教研团队组建的现状及发展趋势[J]．护理研究，2022，36(1)：93-95.
［15］ 屠冬英，杨丽红，王玲，等．多学科团队协作模式下的延续护理对急性胰腺炎病人健康行为能力和生活质量的影响[J]．护理研究，2022，36(2)：317-321.
［16］ 张峥，毛燕君．多学科团队护理模式在肺癌患者行CT引导下射频消融术围术期的应用效果[J]．解放军护理杂志，2022，39(2)：80-83.
［17］ 王粲霏，贾会英，吴珂，等．多学科协作模式在安宁疗护中的应用研究进展[J]．中华护理杂志，2018，53(7)：866-872.
［18］ 郭蕊，乔海芹．骨转移癌姑息治疗和护理的研究进展[J]．癌症，2021，40(8)：323-330.